图解神经病学诊断与治疗

Atlas of Neurologic Diagnosis and Treatment



原著　R. Douglas Collins　主译　谢琰臣

人民卫生出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

图解神经病学诊断与治疗

Atlas of Neurologic Diagnosis and Treatment

策划编辑　左　巍
责任编辑　赵慧楠　左　巍
封面设计　大漠方圆
版式设计　盖　伟
责任校对　杨丽琴

销售分类　神经科

人民卫生出版社网站：

门户网：www.pmph.com　出版物查询、网上书店
卫人网：www.ipmph.com　护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

ISBN 978-7-117-12353-2
9 787117 123532 >
定　价：58.00 元

图解神经病学诊断与治疗

Atlas of Neurologic Diagnosis and Treatment

原　　著　R. Douglas Collins

主　　译　谢琰臣　首都医科大学附属北京友谊医院神经内科

译　　者（按章节先后排序）

张新宇　北京大学第三医院神经内科

王丽平　北京大学第三医院神经内科

李海峰　青岛大学医学院附属医院神经内科

谢琰臣　首都医科大学附属北京友谊医院神经内科

刘　磊　首都医科大学附属北京友谊医院神经内科

翻译秘书　刘　磊　首都医科大学附属北京友谊医院神经内科

人民卫生出版社

Atlas of Neurologic Diagnosis and Treatment

© 2005 by Lippincott Williams & Wilkins.
All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews. Materials appearing in this book prepared by individuals as part of their official duties as U. S. government employees are not covered by the above-mentioned copyright.

图解神经病学诊断与治疗

中文版版权归人民卫生出版社所有。本书受版权保护。除可在评论性文章或综述中简短引用外，未经版权所有者书面同意，不得以任何形式或方法，包括电子制作、机械制作、影印、录音及其他方式对本书的任何部分内容进行复制、转载或传送。

敬告：本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确。但随着医学的发展，药物的使用方法随时可能改变。建议读者在使用本书涉及的药物时，认真研读使用说明，尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

图书在版编目（CIP）数据

图解神经病学诊断与治疗/谢琰臣主译. —北京：
人民卫生出版社，2010.1
ISBN 978-7-117-12353-2

Ⅰ. 图… Ⅱ. 谢… Ⅲ. 神经病学-诊疗-图解
Ⅳ. R741-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2009）第 199374 号

门户网：	www. pmph. com	出版物查询、网上书店
卫人网：	www. ipmph. com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

图字：01-2008-5440

图解神经病学诊断与治疗

主　　译：谢琰臣
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-67616688）
地　　址：北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮　　编：100078
E - mail：pmph @ pmph. com
购书热线：010-67605754　010-65264830
印　　刷：北京铭成印刷有限公司
经　　销：新华书店
开　　本：710×1000　1/16　**印张**：17.5　**插页**：2
字　　数：327 千字
版　　次：2010 年 1 月第 1 版　2010 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号：ISBN 978-7-117-12353-2/R·12354
定　　价：58.00 元

版权所有，侵权必究，打击盗版举报电话：010-87613394
（凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换）

前　言

神经病学无疑是医学生及临床医生所要面对的最为复杂的学科。它包括了数以千计的病种及综合征，累及的是极为复杂的神经解剖结构。为此，内科医生们总试图把具有神经系统症状的病人交给神经科专科医生，或者为病人安排 CT 或 MRI 等昂贵的检查。

因此有必要出版一本简化神经病学知识，从而使首诊医生能根据病人的神经科状况进行诊治的书，也是一本加强非神经科专业的医生对上述疾病了解的书。本书就是以此为目的而编写的。

为了完成上述目标，作者遵循以下原则：

1. 通过易懂的彩色神经解剖插图展示疾病。

2. 每种疾病的显著特征均以病例报告的形式逼真展现。

3. 每个病例报告均配有病因学、诊断及治疗的概述。

4. 为了方便查找，神经系统症状与体征的鉴别诊断均已经注明并以字母表先后为序。

5. 诊断每种疾病需要安排的诊断学检查列于附录 B。

6. 为了方便参考，每种疾病的治疗方案都列于附录 C。

7. 罕见病，有争议的诊断及治疗均已经省略，但读者可以通过一些出色的参考文献进一步研究。

本书作者希望推动对神经系统疾病诊治的广泛兴趣及临床应用。

许多人对本书的最终完成提供了帮助，很遗憾只能提及少数人的名字。Wendy Beth Jackelow 将我粗糙的素描转化成了本书中精美的神经解剖插图。我的妻子 Norie 为打印手稿耗费了大量的时间。我的女儿则将书稿转化为计算机光盘，提交出版商。

最后我要感谢 Danette Somers 及 Lippincott Williams & Wilkins 公司的员工帮助我实现梦想。

R. DOUGLAS COLLINS, MD, FACP

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目　录

第一部分

神经科症状的鉴别诊断　1

神经科病史　1
常见神经科症状　3

A

暗点　3

B

背痛　4
不宁腿综合征　5

C

抽搐　6
错觉　8

D

大便失禁　9
短暂性脑缺血发作　10

E

噩梦　11
耳聋　11
耳鸣　13

F

复视　14

H

幻觉　15
昏迷　16

J

记忆丧失　18
焦虑　19
颈部疼痛　20

K

髋部疼痛　21

M

梦游　22

面部疼痛 23

P

排尿困难 24

S

上肢疼痛 25
上肢无力 27
失眠 28
失明 29
失嗅或嗅觉异常 30
视物不清 32
嗜睡 33
睡眠呼吸暂停 34
嘶哑 35

T

头部肿块或水肿 36
头痛 37
头晕 38

W

畏光 39
无力,全身性 40

X

下肢疼痛 42
下肢无力 43
小便失禁 44

Y

眼痛 45
阳痿 46
遗忘 48
抑郁 48
晕厥 49

Z

谵妄 51
肢体感觉异常 52

第二部分

神经系统体征的鉴别诊断 55

常规神经系统检查 55
常见神经系统体征 57

B

Babinski 征和其他病理反射 57

步态障碍　58

F

反射过度活跃　59
反射降低　60

G

感觉缺失　62
共济失调　63
构音障碍　64

H

Horner 综合征　65
踝阵挛　66

J

肌肉萎缩　67
肌束颤动　68
角弓反张　69
颈部血管杂音　69
颈强直　70
痉挛　71
痉挛性笑容　72

L

颅内杂音　72

M

面神经麻痹　73

P

偏盲　74

Q

轻瘫 / 全瘫　75

R

Romberg 征　77

S

上睑下垂　78
失语　79
视乳头水肿　80
手足徐动　80

T

瞳孔扩大　81
瞳孔缩小　82

W

舞蹈症　83

Y

眼球突出　84
眼球震颤　85
运动过度　86

Z

震颤　86

第三部分

脊髓、周围神经和肌肉疾病 91

B

卟啉病 92

D

带状疱疹 94
多发性硬化(病例 1) 96
多发性硬化(病例 2) 98
多发性硬化(病例 3) 100

E

恶性贫血 102

F

Friedreich 共济失调 104
腓骨肌萎缩症 106

G

各种单神经病 146

J

肌萎缩侧索硬化 108
肌营养不良(病例 1) 110
肌营养不良(病例 2) 112
急性特发性多神经病(Guillain-Barré 综合征) 114
脊髓灰质炎 116
脊髓空洞症 118
脊髓痨 120
脊髓前动脉阻塞 122
脊髓肿瘤(病例 1) 124
脊髓肿瘤(病例 2) 126
脊髓肿瘤(病例 3) 128
脊髓肿瘤(病例 4) 130
脊椎压缩性骨折 132
结节性多动脉炎 134
颈椎病 136

M

梅毒性脊髓脊膜炎 138

Q

铅中毒性神经病变 140

T

糖尿病性神经病变 142

W

腕管综合征 144

X

纤维肌痛 147
胸廓出口综合征 148

Y

婴儿型脊髓性肌萎缩(Werdnig-Hoffmann

病） 150
营养性神经病变 152
硬膜外脓肿 154

Z

椎间盘突出(颈椎） 156
椎间盘突出(腰椎） 158

第四部分

大脑与脑干疾病 163

A

Alzheimer 病 164

B

Bell 麻痹 166
苯妥英钠中毒 168

C

垂体腺瘤 170

D

大脑后动脉栓塞 172
大脑前动脉血栓形成 174
大脑中动脉血栓形成 176
蝶骨嵴脑膜瘤 178
短暂性脑缺血发作 180
多发性硬化 182

E

额叶多形性胶质母细胞瘤 184

G

肝豆状核变性 186

H

海绵窦血栓形成 188
亨廷顿舞蹈症 190

J

肌萎缩侧索硬化(延髓型） 192
基底动脉血栓形成 194
颈内动脉动脉瘤 196

L

颅内出血 198

M

梅尼埃病 200
麻痹性痴呆 202

N

脑干胶质瘤 204

P

帕金森病 206

Q

腔隙性脑梗死 208

S

St. Louis 脑炎 210
矢状窦旁脑膜瘤 212
松果体瘤 214
髓母细胞瘤 216
锁骨下动脉盗血综合征 218

T

听神经瘤 220

W

Weber 综合征 222
Wernicke 脑病 224

X

细菌性脑膜炎 226
小脑后下动脉血栓形成 228
小脑脓肿 230
嗅沟脑膜瘤 232

Y

延髓空洞症 234
硬膜外血肿 236
硬膜下血肿 238

Z

诈病 240
转换型癔症 241
重症肌无力 242
蛛网膜下腔出血 244
转移瘤 246

附录 A 针对不同神经系统症状的辅助特殊检查 248

附录 B 神经系统疾病的实验室检查 252

附录 C 神经系统疾病的治疗 256

附录 D 术语表 266

需要全本请访问 www.ertongbook.com

第一部分

神经科症状的鉴别诊断

神经科病史

当拿起这本书时，您可能已经建立了自己的采集病史的方法。但是，下面的讨论还是能为您在诊断过程中提供一些有用的提示。

重要的是根据患者的主诉以及相关的鉴别诊断来采集病史，而不是仅采用机械的方法。我们通常按照某种特定主诉常见的诊断来列出一系列可能。比如，如果患者主诉头痛，可能会很快想起偏头痛、高血压或肌紧张性头痛的诊断。但是，当我们面对病人时，想到更完善的可能性不是更好吗？通常我采用 VINDICATE 的略语，V 代表血管性，I 代表炎症性，N 代表肿瘤性，D 代表变性，I 代表中毒性，C 代表先天性，A 代表自身免疫性，T 代表外伤性，E 代表内分泌性。

采用这一略语来分析头痛的主诉，血管性可使我们想到偏头痛、组胺性头痛和颞动脉炎；炎症性可使我们想到脑膜炎、脑炎和脑脓肿；肿瘤性可使我们想到脑肿瘤；变性可使我们想到颈椎关节硬化和椎间盘退行性变；中毒性可使我们想到药物诱发的头痛或咖啡因戒断引起的头痛；先天性有脑动脉瘤和蛛网膜下腔出血；自身免疫性有狼疮等；外伤性有硬膜外或硬膜下血肿以及脑震荡；内分泌性可使我们想到嗜铬细胞瘤。

根据以上略语来收集病史的过程，使我们能通过更有意义的方式来形成主诉。可根据症状的发病方式、严重程度、持续时间和频率以及相关症状进一步形成主诉。

发病方式　急性发病提示外伤性、中毒性、血管性或炎症性病因，而逐渐加

重提示肿瘤性或变性过程。例外的情况包括脓肿和神经梅毒，可逐渐加重；而转移瘤可急性起病。

严重程度　症状的严重程度似乎应与疾病的严重性相关，但往往并非如此。比如，偏头痛可比较严重，而脑肿瘤所致的头痛通常比较轻微。但是，细菌性脑膜炎和蛛网膜下腔出血等严重的情况通常伴有严重的头痛。

持续时间　主诉症状的持续时间有助于诊断。比如，偏头痛持续数小时到数天，丛集性头痛持续数分钟到数小时，三叉神经痛通常持续数秒钟，而颅内占位性病变几乎均为持续性。另外，失神发作持续数秒钟，而复杂部分性发作和全面性发作通常持续数分钟。

频率　发作的频率是诊断的关键因素。肌紧张性头痛为持续性，而丛集性头痛每天均有复发。脑膜炎和颞动脉炎所致的头痛通常为持续性，直至得到有效治疗后。

伴随症状　患者很少仅有单一的症状。比如，有疼痛的患者可在疼痛的部位出现肿块。如果患者有耳痛，则可能伴有分泌物。如果患者有头痛，是否伴有恶心和(或)呕吐？如果伴有，最先考虑偏头痛和占位性病变。通过系统的病史采集，患者的伴随症状可归纳为几类疼痛、肿块或肿物、血性分泌物、非血性分泌物和功能性改变。通常特定的症状组合有助于确定诊断。比如，右侧头痛伴有颞动脉增粗和触痛提示颞动脉炎，而伴有视物不清的头痛则提示青光眼的可能。

系统回顾

传统的系统回顾费时费力。我发现在系统回顾时采取归纳伴随症状的方法更简单也更能突出重点。因此，我采取疼痛、肿块或肿物、血性分泌物、非血性分泌物和功能性改变的分类并将其用于系统回顾。采用这种方法，可以这样询问患者。

疼痛　您的头部、眼、耳、口腔、颈部、胸部、腹部或四肢疼痛吗？在吞咽、呼吸、排便或排尿时有疼痛吗？

肿块和肿物　您注意到在您的头部、颈部、胸部、腹部、背部、臀部或四肢有肿块或肿物吗？

血性分泌物　您的鼻腔或耳道有过出血吗？您咯过或呕过血吗？您的小便、大便是否带血，皮下有出血吗？

非血性分泌物　您的眼、耳、鼻腔或咽喉有过分泌物吗？您有过慢性持续性咳嗽吗？您有过直肠、尿道或阴道异常分泌物吗？

功能性改变　您有过视力丧失或异常、听力丧失、耳鸣、头晕、咳嗽、气短、

恶心或呕吐、心慌、食欲丧失、饥饿、腹泻、便秘、尿频、排便费力、性欲丧失、月经紊乱或者行走困难吗？

既往史　询问患者是否有心脏病、肺病、肝病、胃肠道疾病、肾病、直肠疾病或生殖器官病史。还应该询问是否有这些器官的手术史。

家族史　神经系统的许多疾病均为遗传性。不仅需要注意家族中是否有特定的疾病，还应该询问下列问题，如您的父母是否有行走困难、震颤、视力障碍、头晕等病史？

我希望上述介绍会使您在采集病史的过程中更加富有灵活性，同时更加轻松。进入本章的每个小节，您会发现在采集病史过程中需要了解到一系列其他问题，而这些问题将有助于确定诊断。

常见神经科症状

暗点

暗点是位于视野中的局限性缺损。患者可感到一个暗点但也可能根本感不到，后者称作负性暗点（negative scotoma）。病变位于视神经或视网膜，但可以位于视网膜到枕叶通路的各个部分。

在病史中是否存在

1. 过度吸烟？ 烟草中毒可引起暗点，通常为双侧性，位于视野的中央或旁中央部分。

2. 慢性酗酒？ 甲醇接触，无论有意还是无意，可造成暗点或全盲。

3. 家族中其他成员受累？ 考虑 Leber 遗传性视神经萎缩。

4. 暗点为短暂性的证据？ 考虑偏头痛、短暂性脑缺血发作或多发性硬化。

5. 毛发缺失或激素缺陷的证据？ 考虑垂体肿瘤。

在查体时是否发现

1. 眼压增高的证据？ 考虑青光眼。

2. 视乳头水肿或视乳头炎？ 考虑视神经炎或脑肿瘤。

3. 视网膜检查时发现异常？ 考虑脉络膜视网膜炎、视网膜脱离或日食盲。

4. 腱反射亢进、感觉丧失或其他神经系统体征？ 考虑多发性硬化、占位性

病变或脑血管病。

诊断检查

1. 眼科专科会诊。
2. 视野检查(多发性硬化)。
3. 颈动脉超声(颈动脉狭窄)。
4. 视觉诱发电位(多发性硬化)。
5. 裂隙灯检查(虹膜炎、角膜炎)。
6. 垂体功能检查(垂体肿瘤)。
7. 眼压测定(青光眼)。
8. 组胺试验(偏头痛)。
9. 头 CT 或 MRI 扫描(脑肿瘤、多发性硬化)。

背痛

背痛应注意是局限性或弥漫性。病变位于脊柱,亦可位于内脏或脑膜。

在病史中是否存在

1. 急性发病? 急性背痛常见于扭伤、椎间盘突出、硬膜外血肿或脊柱骨折。但是,腹部疾病,如肾绞痛、肾盂肾炎、胃溃疡穿孔、胰腺炎或夹层动脉瘤亦可急性发病。逐渐加重的背痛常见于脊柱或脊髓的原发性或转移性肿瘤以及类风湿性脊柱炎。脊柱的先天性异常,如脊柱侧凸亦可呈逐渐加重的发病。腹部疾病,如胰腺癌或子宫内膜异位症引起的背痛亦可逐渐加重。

2. 近期外伤? 提示扭伤、椎间盘突出或脊柱骨折。外伤可促发或加重脊椎前移或其他先天性脊柱异常。腰椎病变在外伤前可以一直无症状。

3. 发热? 考虑硬膜外脓肿、脊柱的骨髓炎、肾盂肾炎或感染性疾病,如登革热、波状热或结核。

4. 背痛沿着躯干放射或放射到肢体? 考虑骨性关节炎、类风湿性脊椎病或扭伤。

5. 尿频或排尿困难? 考虑脊髓的占位性病变,如肿瘤、脓肿或血肿。还应该考虑肾脏疾病,在女性还应该考虑到盆腔疾病。

6. 焦虑或抑郁? 考虑癔病、疑病或诈病。

在查体时是否发现

1. 直腿提高试验或股神经牵拉试验阳性？考虑椎间盘突出或其他原因的神经根病变。

2. 局限性体征？考虑椎间盘突出或者脊髓或神经根的其他占位性病变。

3. 血尿？考虑肾结石、肿瘤或尿路感染。

4. 盆腔肿块？考虑卵巢肿瘤、子宫肿瘤、盆腔炎症性疾病或子宫内膜异位症。

5. 前列腺肿块？考虑前列腺癌转移或前列腺炎。

诊断检查

1. 血常规、尿液分析、尿液培养(肾盂肾炎、肾结石)。
2. 生化全套(转移瘤)。
3. 血清蛋白电泳(多发性骨髓瘤)。
4. HLA-B27(强直性脊柱炎)。
5. 脊柱的 MRI 或 CT 扫描(椎间盘突出、脊髓肿瘤、脓肿或血肿)。
6. 骨扫描(转移瘤、骨髓炎、类风湿性脊椎病)。
7. 腹腔或盆腔的 CT 扫描(腹部或盆腔肿瘤)。
8. 神经科专科会诊(肿瘤、椎间盘突出)。
9. 妇科专科会诊(盆腔肿块)。
10. 精神科专科会诊(神经症、诈病)。

不宁腿综合征

不宁腿综合征是下肢的一种烧灼样、刺痛样、搔痒样或爬行样感觉，通常在夜间发生。有这种症状的患者很难给下肢找到一种舒服的姿势。病变通常位于脊髓、神经根或周围神经，亦可位于锥体外系。

在病史中是否存在

1. 服药或饮酒？使用苯丙胺、苯二氮䓬类、可卡因、咖啡因或各种镇静剂时可出现不宁腿综合征，乙醇撤停时亦可出现。

2. 糖尿病？糖尿病性周围神经病可伴有不宁腿综合征。

3. **背痛？** 考虑椎间盘突出或神经根的其他病变。

在查体时是否发现

1. **苍白？** 考虑贫血。
2. **腱反射减低或者手套袜套样痛觉减退或感觉减退？** 考虑周围神经病。
3. **腱反射亢进？** 考虑多发性硬化或脊髓的其他病变。
4. **震颤或僵直？** 考虑 Parkinson 综合征。
5. **周围血管脉搏减弱？** 考虑周围动脉硬化或 Leriche 综合征。

诊断检查

1. 血常规(贫血)。
2. 血清维生素 B_{12} 水平(恶性贫血)。
3. 生化全套(糖尿病、尿毒症)。
4. 药物尿检(药物中毒)
5. 周围血管超声(周围动脉硬化)。
6. 神经传导速度检查(周围神经病)。
7. 脊髓 MRI(多发性硬化)。
8. 妊娠试验。
9. 神经科专科会诊。

抽搐

抽搐是面部和肢体的不自主性强直或阵挛样运动，通常伴有意识丧失。可为局限性或全面性，病变位于大脑。

在病史中是否存在

1. 近期或既往头部外伤病史？ 提示硬膜外、硬膜下或脑内血肿的可能。即使一个很小的未吸收的血肿亦可形成疤痕，成为致痫灶。

2. 服药或药物滥用？ 许多药物撤停时会发生癫痫发作，包括巴比妥类和苯二氮䓬类。应用吩噻嗪可诱发癫痫。许多药物滥用时可出现癫痫，最常见的是可卡因、海洛因和苯丙胺。

3. 抽搐的家族史？ 考虑脂质沉积症、卟啉病或苯丙酮尿症，以及其他遗传

需要全本请访问 www.ertongbook.com